

1 (3) 心筋梗塞等の心血管疾患

2 (ア) 施策の現状・課題

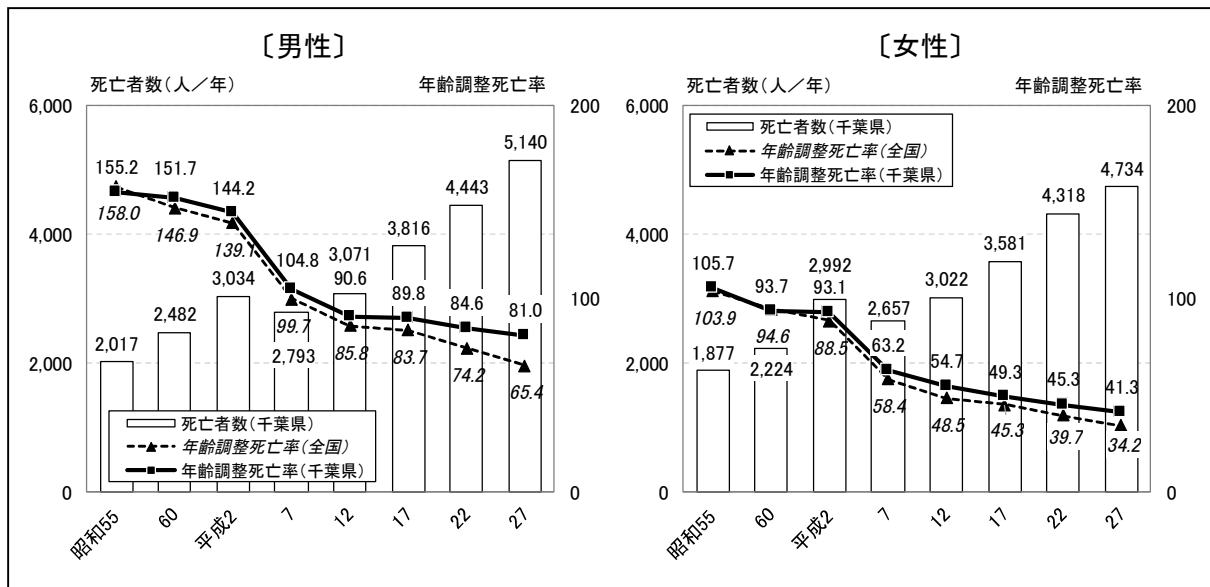
3 心血管疾患を含む心疾患（高血圧性を除く）による本県の年間死亡者数は、
4 9, 646人（平成28年）と死亡者総数の17.1%を占めています。

5 人口10万対の年齢調整死亡率*（平成27年）は、心疾患死亡数全体の約19%
6 を占める急性心筋梗塞においては男性は17.3（全国16.2）で高い順に全国
7 第21位、女性は6.5（全国6.1）で第21位と、男女ともに相対的に高い水
8 準にあります。

9
10 心筋梗塞*等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期には内科的・外科的治療
11 が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患
12 の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム*としての心血管疾患リハビリテー
13 ション*が開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの
14 時間や疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

15 また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性
16 期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全*の管理など、継続した治療や
17 長期の医療が必要となります。

18
19 図表 2-1-1-2-3-1 心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



33 資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

34
35 [急性心筋梗塞]

36 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症*、喫煙、糖尿病、メタボリックシ
37 ンドローム*、ストレスなどです。発症の予防のためには、適正な体重の維持及び減
38 塩・栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践など、生活習慣の改善が重要です。ま

1 た、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

2 喫煙や受動喫煙により、発症リスクが増大することが確認されています。このため、
3 受動喫煙の防止や禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

4 医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診*・特定保健指導*を実施するととも
5 に、医師の判断に基づき、一定の基準に該当する者に対し、心電図の検査を実施する
6 など、疾患やそのハイリスク者の早期発見に努める必要があります。

7 健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に
8 主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、発症予防に努める必要があります。

9

10 急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速
11 やかに救急要請を行う必要があります。

12 また、心臓が止まるような不整脈が生じた場合には、正常に戻すために心臓に電流
13 を流す「除細動」を早く行うほど救命の効果があります。第一発見者など市民による
14 一次救命処置（BLS）が重要です。

15 これを踏まえ、本県では、千葉県AEDの使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関す
16 る条例が施行されたところですが、AEDの使用率が低いことから、心肺蘇生法等の
17 応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

18 心筋梗塞患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーショ
19 ンは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から
20 患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施することが必要です。

21 疾病管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・
22 患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指
23 す中～長期プログラムをいいます。低下機能（心機能）の回復だけではなく、再発予
24 防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられています。

25

26 【大動脈解離】

27 急性大動脈解離*は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時
28 間ごとに1から2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が重要です。

29 大動脈解離患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーシ
30 ョンでは、術後の廃用性症候群*の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目
31 的に、多職種による多面的・包括的なりハビリテーションを、患者の状態に応じて適
32 切に実施することが必要です。

33

34 【慢性心不全】

35 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、日常生活に障害
36 を生じた状態であり、労作時呼吸困難*、息切れ、四肢浮腫等、様々な症状をきたし
37 ます。

38 心不全の継続的な医療を受けている患者数は、千葉県内で約7千人と推計され、そ
39 のうち、約70%が75歳以上の高齢者です。また、本県における心不全による死亡
40 数（3,381人・平成27年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体

1 （9, 874人）の約34.2%です。

2 慢性心不全患者は、心不全増悪による入退院を繰り返しながら、身体機能が悪化する
3 ることが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。再入院率改善のために
4 は薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、地域における幅広い医療
5 機関及び関係機関が連携しながら、発症後、生涯にわたって継続して行うことが重要
6 です。

7

8 **（イ）循環型地域医療連携システムの構築**

9 心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で
10 質の高い心血管疾患に関する医療を受けることができるよう、かかりつけ医、急性期
11 対応医療機関などとの連携により構築します。また、行政や保険者による特定健診・
12 特定保健指導や心疾患に関する知識の普及・啓発などの生活習慣病の予防施策も含ま
13 れます。

14

15 かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療
16 をするとともに、動悸や胸の痛み等の自覚症状のある患者について、専門的な医療機
17 関で治療を受ける必要があるとされた場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療機
18 関へ紹介するとともに、退院後は対応医療機関と連携し、継続的な療養管理や指導を
19 行います。

20 家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うことや、心肺停止が疑われ
21 る者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施します。

22 救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール*体制の下で定められた基
23 準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで対応が可能な医療機
24 関に搬送します。

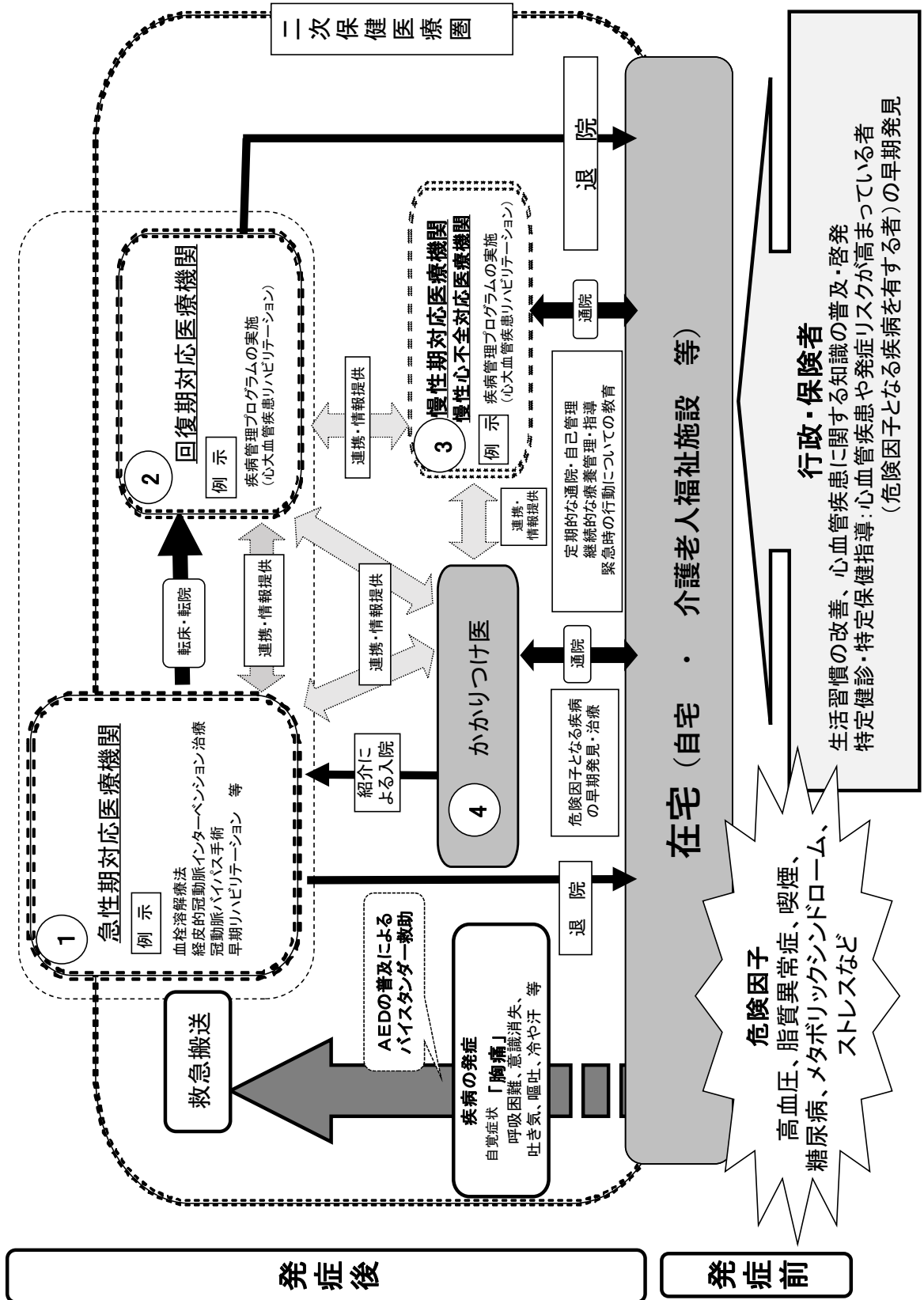
25 急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。なお、24時間専門的な診療
26 を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等
27 の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

28 回復期以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、疾病管
29 理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施
30 します。

31 心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されること
32 で、対応医療機関と地域のかかりつけ診療所等がそれぞれの機能に応じた役割分担に
33 基づき連携を強化することにより、効果的な医療体制の整備を進めます。

34

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムのイメージ図



1
2

1 (ウ) 施策の具体的展開

2 [生活習慣と心血管疾患の関係についての周知]

- 3 ○ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と急性及び
4 慢性の心血管疾患の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信してい
5 きます。
- 6 ○ 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等
7 の疾病の適切な治療が心血管疾患の発症予防につながることに付いて、周知します。
- 8 ○ 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、
9 特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に
10 実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 11 ○ 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたば
12 こ対策を推進します。

13

14 [特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進]

- 15 ○ 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよ
16 う、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービス
17 の提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 18 ○ 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果
19 的な実践例を情報発信します。
- 20 ○ 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者のスキルアップをはじめ保
21 健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

22

23 [急性の心血管疾患発症時の対応に関する啓発]

- 24 ○ 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請
25 する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

26

27 [応急処置に関する知識・技術の普及]

- 28 ○ 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法について一層
29 の普及啓発に努めるとともに、AEDの公共施設への設置を推進し、更にAED
30 設置の必要性を民間事業者に働きかけます。
- 31 ○ また、官民を問わず県内にあるAEDの設置場所をより簡便に把握できるよう、
32 地図情報にAEDの設置場所等（施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等）の
33 情報を提供します。

34

35 [救急医療体制の整備]

- 36 ○ 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬
37 送及び受け入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病
38 者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

39

- 1
2 **〔退院支援〕**
3 ○ 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対
4 応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を
5 促進します。
6 ○ 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT等の活用の
7 検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
8 ○ 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、介護支援専門員などの医療・
9 介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、
10 医療・介護の連携促進に取り組みます。

11
12
13 **(エ) 施策の評価指標**

14 **〔基盤 (ストラクチャー)〕**

指 標 名	現状	目標
医療施設従事医師数 (循環器内科) (人口10万対)	7.1人 (平成28年度)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数 (心臓血管外科) (人口10万対)	1.9人 (平成28年度)	増加 (平成34年)
心大血管疾患等リハビリテーション (Ⅰ) または (Ⅱ) の届出医療機関数	41施設 (平成29年7月)	増加 (平成35年度)

15 **〔過程 (プロセス)〕**

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
適正体重を維持している者の 増加 (肥満BMI25以上・や せBMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性 の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性 の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせ の者の割合 16.7% (平成27年)	20～60歳代男性の 肥満者割合 28.0% 40～60歳代女性の 肥満者割合 19.0% 20歳代女性のやせの 者の割合 15.0% (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129 mmHg 女性 127 mmHg (平成27年度)	男性 126 mmHg 女性 124 mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160 mg/dl 以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	男性 44.6% 女性 14.8% (平成27年度)	男性 33.2% 女性 13.0% (平成34年度)

1
2

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数* (虚血性心疾患)	5.7日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (虚血性心疾患)	95.4% (平成26年度)	増加 (平成35年度)
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 17.3 女性 6.5 (平成27年)	男性 17.5 女性 7.5 (平成34年度)

3 ※「急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少」については、現状で目標を達成していますが、関連
4 計画の健康ちば21 (第2次) の中間評価を実施した際、各危険因子 (高血圧・脂質異常症・喫
5 煙・糖尿病) の目標が達成されていないことから、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによ
6 るものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画において
7 も同様の目標とします。

8
9
10

1 **（４）糖尿病**

2 **（ア）施策の現状・課題**

3 千葉県における糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、平成
4 26年には12万2千人となっており、平成23年の11万8千人よりも増加してい
5 ます。

6 糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、平成27年には528人で、人口10万
7 対の年齢調整死亡率*は減少傾向にあり、男性は4.8（全国5.5）で高い順に全国
8 第34位、女性は2.3（全国2.5）で第27位となっています。

9
10 糖尿病は脳卒中*、急性心筋梗塞*等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、
11 患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来たすことが多くなります。

12 予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児
13 科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師
14 看護師、助産師、歯科衛生士、理学療法士等の専門職種と連携して実施する医療サー
15 ビスが必要となります。

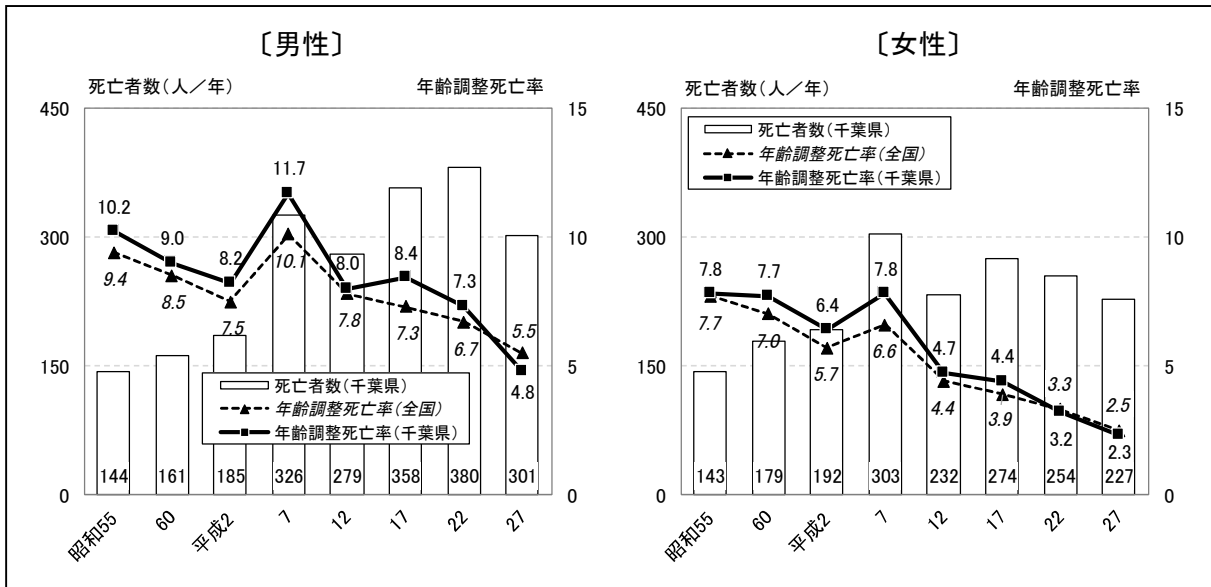
16 さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これら
17 の医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要になります。

18
19 また、糖尿病は血糖コントロールが不良のまま経過すると、血管が傷害され（慢性）
20 合併症が惹き起こされてきます。重篤な合併症として失明に至る網膜症、腎不全によ
21 り人工透析導入にいたる腎症、神経障害・動脈硬化、易感染*により足の切断に至る
22 壊疽等を引き起こし、本人や家族の生活の質を著しく低下させる恐れがあります。さ
23 らに糖尿病患者は、心筋梗塞、脳梗塞*、がん、認知症、歯周病が発症しやすいこと
24 にも注意が必要です。

25 新規で透析を導入する患者は、（一社）日本透析医学会の調査によると、千葉県の新
26 規透析導入患者は平成27年1年間で、1,753人、うち糖尿病性腎症*を原疾患
27 としている者は839人で約47.9%であり、全国の43.7%よりも糖尿病性腎
28 症による透析導入患者割合が上回っています。

29

図表 2-1-1-2-4-1 糖尿病による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔発症予防・健診・保健指導〕

糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症を予防するためには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できます。血のつながった家族に糖尿病患者がいる場合も発症リスクが高まることに注意が必要です。

糖尿病のリスクを把握することや、糖尿病の早期発見により重症化を予防するために、特定健診などの定期的な健診を受診することが必要であるとともに、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や、必要に応じて専門医療機関を受診することが重要です。その際、高血糖のみを有する場合や、非肥満で特定保健指導の該当者とならない場合も、医療機関の受診を要することに留意する必要があります。

医療保険者は、特定健診*・特定保健指導*を実施するとともに、医師の判断に基づき、尿アルブミン検査*や眼底検査*等の詳細な健診を追加実施するなど、糖尿病やその合併症の早期発見に努める必要があります。また、糖尿病は合併症が進行するまで無症状で経過するため健診結果に応じて医療機関への受診勧奨やそのレベルに応じて、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなど、糖尿病の発症予防に努める必要があります。

糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善を促進するため、医療保険者と医療機関、又は医療機関同士の連携促進や、対象者の意識向上につながる効果的な受診勧奨などが課題となっています。

〔治療・指導〕

2型糖尿病の治療は、初診後、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目

1 標の血糖コントロールが達成できない場合に、薬物療法を開始します。
2 薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止で
3 きることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連
4 携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続することが必要です。
5 かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連
6 携して療養指導を行い、患者の自己管理を支援する人材として、日本糖尿病療養指導
7 士（CDE J）や千葉県独自に一般社団法人千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千
8 葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）の活用や、増加する高齢糖尿病患者の
9 在宅医療が課題となります。

10

11 **〔重症化と合併症の予防〕**

12 人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病網膜症*等の糖尿病
13 合併症は、生活の質を低下させるため、患者自身が重症化予防の重要性を理解し、治
14 療を継続することが必須です。

15 初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等
16 を合併していることもあるため、尿アルブミンの測定を含む尿検査や眼底検査等の糖
17 尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携
18 を図る必要があります。

19 また、糖尿病合併症の重症化を予防するため、糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病
20 医療に関わる医療スタッフが治療方針やケアについての情報を一元的に共有し糖尿
21 病の専門的医療機関とかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局や
22 介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病地域医療体制の整備を進め
23 る必要があります。

24 また、医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制を構築して
25 糖尿病性腎症による人工透析患者を減少させることが重要です。

26 平成28年度の調査によると、糖尿病性腎症の重症化予防の取組において、保険者
27 として、一定の抽出基準に基づいて受診勧奨を行っているのは39市町村、保健指導
28 を行っているのは32市町村で、29市町村は双方を実施しています。

29 網膜症を予防・早期発見するためには内科初診時に眼科に紹介する必要があります。

30 また、歯周病も糖尿病の合併症のひとつです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵
31 抗力が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化するため、歯科への紹介が重要です。

32

33 **（イ）循環型地域医療連携システムの構築**

34 糖尿病の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で質の高い糖尿病医
35 療を受けることができるよう、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関、合併症の治療
36 機能を有する病院、かかりつけ医*、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医*、在
37 宅療養支援歯科診療所*、かかりつけ薬剤師・薬局*、訪問薬剤管理指導対応薬局*、
38 訪問看護ステーション*など、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護支援事
39 業所*等の連携により構築します。また、行政、保険者による特定健診、特定保健指

1 導、後期高齢者健診後の生活習慣の改善指導や糖尿病に関する知識の普及・啓発とい
2 った予防対策も含まれます。

3 かかりつけ医は、検査により糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近
4 隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、治療方針決定後は、
5 専門医と連携をとりながら、患者の継続的な治療や指導を行います。

6 糖尿病の専門的な管理を行う医療機関は、千葉県保健医療計画策定に関する調査の
7 回答をもとに位置づけます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来」「腎症外来」
8 「糖尿病教育入院」「外来での糖尿病療養指導」の対応状況や、具体的な治療の実施状
9 況について明示します。

10 合併症への対応のため、自院以外の医療機関との連携を実施している医療機関につ
11 いても、「腎症」「神経障害」「網膜症」等の合併症ごとにリストを掲載します。また、
12 地域におけるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、在宅療養支援診療所のリストを掲載
13 し、地域での連携を進めます。

14 なお、在宅療養支援診療所については、糖尿病性腎症にかかる機能として、「在宅自
15 己腹膜灌流指導管理*」、「在宅血液透析指導管理*」への対応状況について明示します。

16 糖尿病の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、行政、保険者と
17 医療機関の連携、及びかかりつけ医と糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能
18 分担と連携が推進され、①早期からの適切な薬物療法の開始、②血糖コントロールの
19 改善による腎症、網膜症を含めた合併症の発症・重症化予防、人工透析導入患者の減
20 少を図ります。

1 (ウ) 施策の具体的展開

2 [生活習慣と糖尿病の関係についての周知]

- 3 ○ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の
4 危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 5 ○ 糖尿病は、自覚症状が乏しいことから年1回の健診で健康管理を行う必要性を周
6 知します。
- 7 ○ 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、
8 特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に
9 実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 10 ○ 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたば
11 こ対策を推進します。

12

13 [特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進]

- 14 ○ 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよ
15 う、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービ
16 スの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 17 ○ 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果
18 的な実践例を情報発信します。
- 19 ○ 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者のスキルアップをはじめ保
20 健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

21

22 [重症化防止に向けた取組の支援]

- 23 ○ 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携につ
24 いて充実を図ります。
- 25 ○ 発症のリスクが高まっている者へのアプローチとして、特定保健指導において一
26 人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者
27 に対する研修を実施します。
- 28 ○ 医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制構築を推進す
29 るため、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定するとともに、関係者及び保健
30 指導従事者に対する研修会を実施します。また、糖尿病重症化予防と治療中断防止
31 のため、千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、糖尿病患者への療養指導や支援を行
32 う千葉県糖尿病療養指導士等の活用を図ります。

33

1
2
3
4
5

(エ) 評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病専門外来を有する病院の数	92箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
糖尿病の重症化予防に取り組む市町村数(保険者努力支援制度において当該取組に係る評価指標を達成した市町村数)	24市町村 (平成28年度)	全市町村の8割 (平成35年度)

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
日常生活における歩数	男性7,253歩 女性6,821歩 (平成27年度)	男性8,800歩 女性7,700歩 (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.0% 40～60歳代女性の肥満者割合 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
糖尿病の診療を行う病院における糖尿病連携手帳又は地域医療連携パス(糖尿病)の使用率	45.7% (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
治療継続者の割合の増加	86.9% (平成27年度)	95.0% (平成34年度)

1
2

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	839人 (平成27年)	738人 (平成34年度)
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	40～74歳 男性 1.2% 40～74歳 女性 0.5% (平成27年度)	40～74歳 男性 1.4% 40～74歳 女性 0.6% (平成34年度)

3 ※「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診し
4 た者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少」については、現状値で
5 目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、特定
6 健診受診率、特定保健指導実施率は目標に達していないことから、血糖コントロール不良者の
7 減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、
8 保健医療計画においても同様の目標とします。
9

1 (5) 精神疾患

2 ア 精神疾患（認知症を除く）

3 ① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

4 (ア) 施策の現状・課題

5 精神疾患は誰でもかかる可能性のある疾患です。近年、社会生活環境の変化等もあ
6 った、精神医療の対象となる疾患にかかる人は増えており、入院と通院の患者を合わ
7 せた精神障害者数は、平成27年度では88,357人で、平成22年度の
8 72,406人に比べて15,951人増加しています。

9 精神保健福祉に関する相談は、健康福祉センター（保健所）や精神保健福祉センタ
10 ー*、市町村のほか、中核地域生活支援センター*、相談支援事業者などでも応じてい
11 ますが、精神保健福祉に関する相談窓口の周知や相談支援体制（人員）は十分とは言
12 えず、その充実が求められています。

13 また、精神疾患については、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴が
14 あるため、症状が重くなって初めて相談や受診に至るという場合が多く見受けられま
15 す。近年は、精神科診療所が増え、身近な地域で外来診療を受けやすくなっており、
16 早期に受診しやすい環境となっています。重症化してからでは、回復に時間を要すた
17 め、早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です。

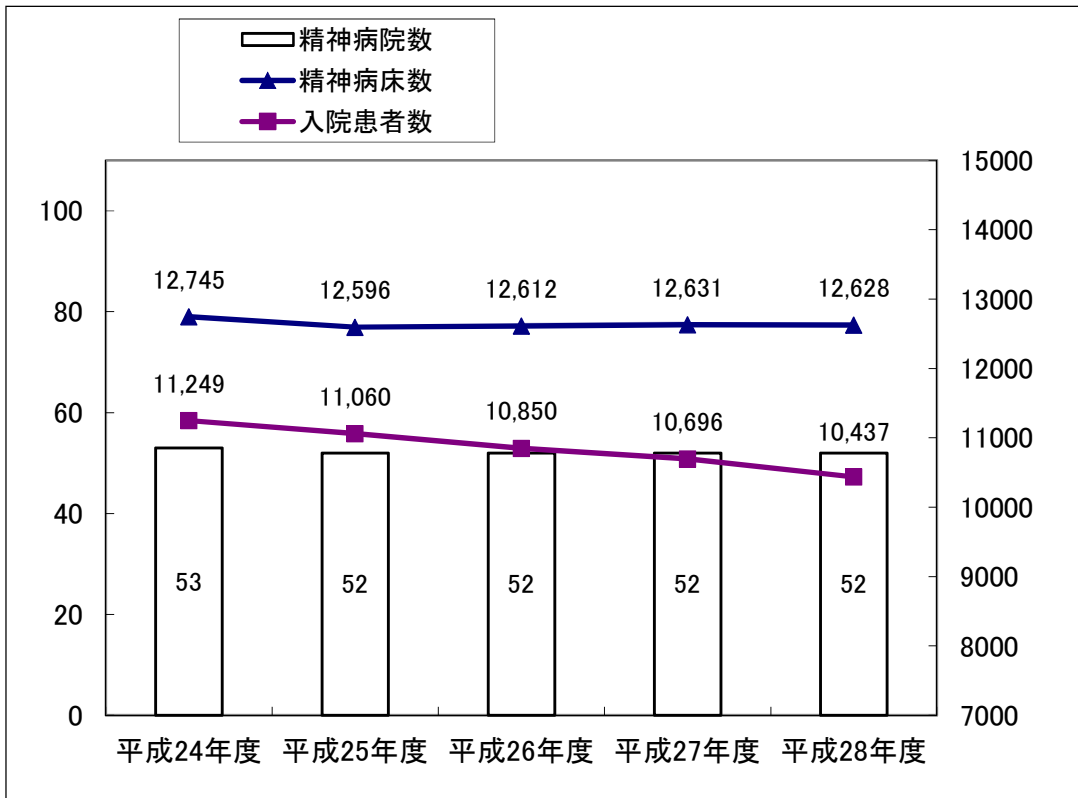
18 入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入
19 院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内
20 精神科病院全体の平均在院日数（認知症含む）は、平成22年度344日、平成27
21 年度325日で、なかなか短縮しない状況にあります。

22 長期入院患者の退院支援については、従来、病院職員が家族や地域の支援機関と調
23 整して行っていましたが、近年は、障害福祉サービス等が増えたこともあり、相談事
24 業所などの機関や行政が連携して、一人ひとりの患者のニーズに合わせた地域生活を
25 継続していくための支援を行っています。

26 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよ
27 う、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取り組みに加え、地域住民の協力
28 を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会「精神障害にも対応し
29 た地域包括ケアシステム」の構築を進める必要があります。

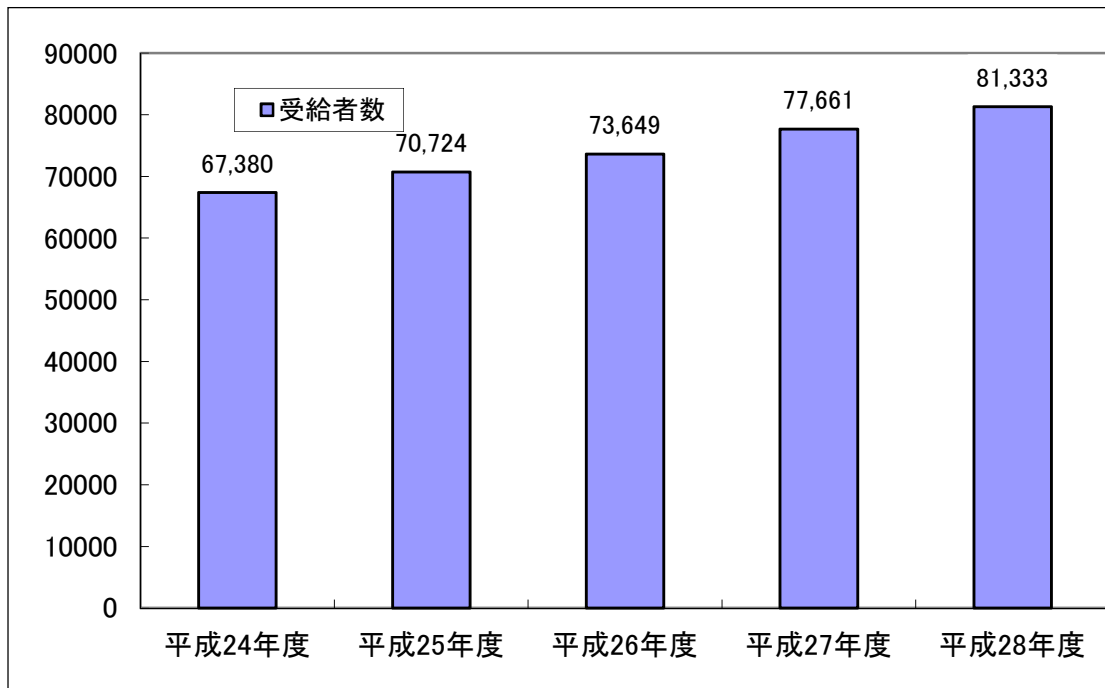
30

図表 2-1-1-2-5-1-1 精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



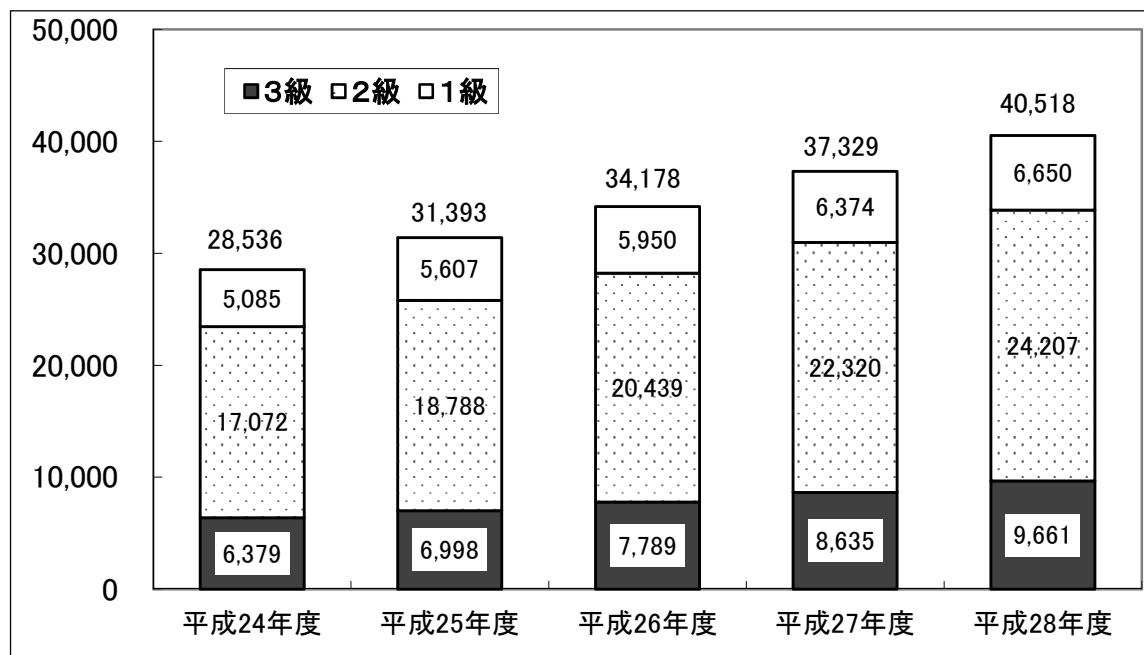
資料：厚生労働省精神・障害保健課調査（6月30日調査）※各年度6月末現在

図表 2-1-1-2-5-1-2 自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

図表 2-1-1-2-5-1-3 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

（イ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

精神障害者が地域で生活する上で必要な、障害福祉サービスや身近な生活支援の相談窓口は、主に市町村や基幹相談支援センター*、医療や広域的な制度などの相談窓口は、健康福祉センター（保健所）、精神保健福祉センター、中核地域生活支援センター*などがあります。他にも、相談の内容によって、相談支援事業所、就労支援機関などもあります。

医療については、地域の精神科病院、精神科診療所、また、内科等のかかりつけ医*やかかりつけ薬剤師・薬局*、訪問看護ステーション*などの機関が関わります。

かかりつけ医は、日ごろから、健康管理上のアドバイスを行って発病予防に努めたり、患者や家族等からの相談に応じます。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター（保健所）等の保健サービス機関を案内します。保健サービス機関では、身近で適切な精神科を案内したり受診調整を行うなどし、発症から精神科に受診できるまでの期間をできるだけ短縮します。

精神科の医療機関は、早期に診断と治療を開始し、重症化を防ぎます。また、必要に応じて、訪問看護を導入し、日常生活の様子や服薬状況を確認し、医療中断しないよう見守ります。

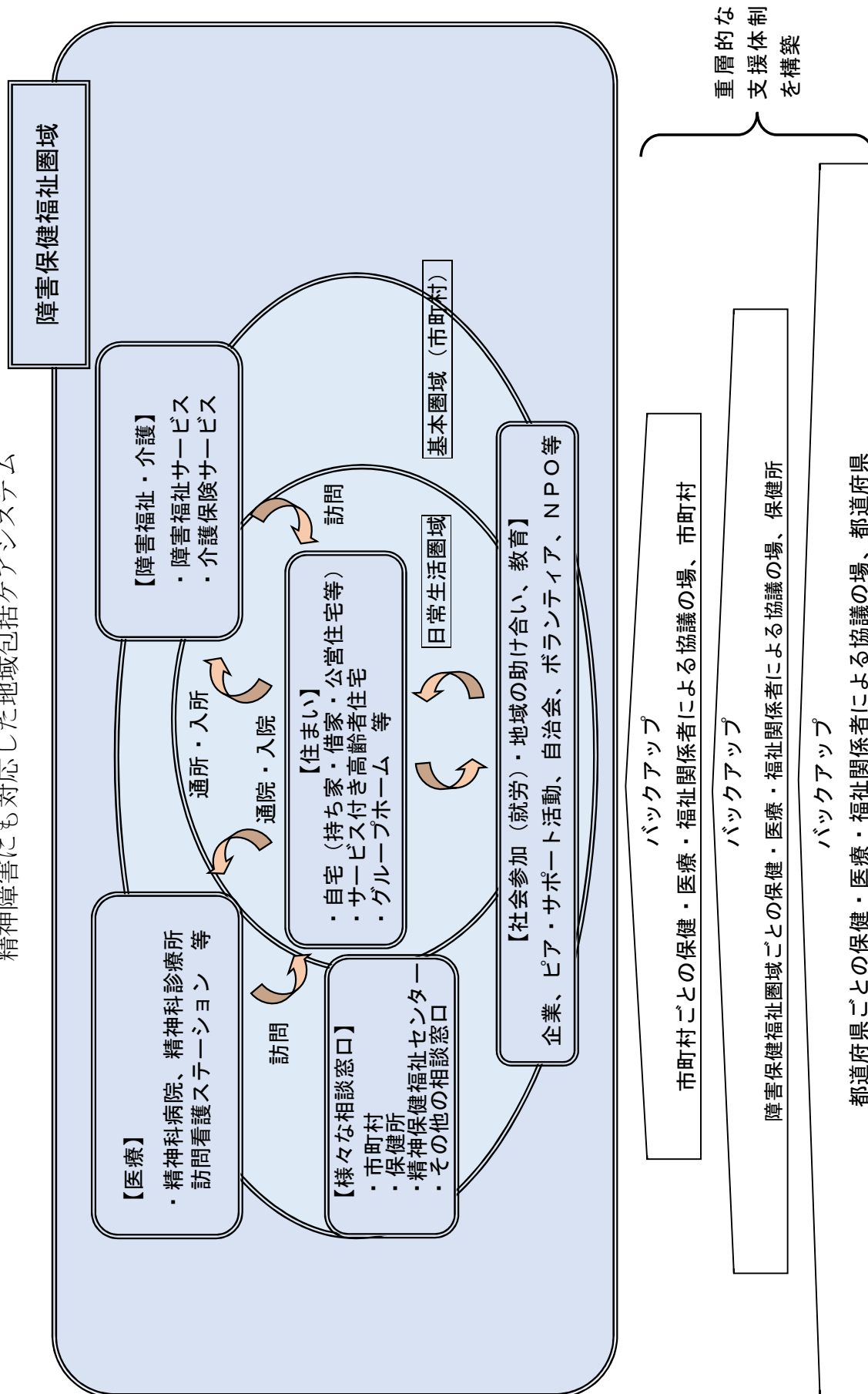
障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

1 自宅で生活しながら日中活動を行うための支援では、ホームヘルプなどの訪問・生
2 活支援や、生活リズムを整え人と交流するための地域活動（通所）支援、就労支援な
3 どがあります。グループホームなどへの入所など居住系のサービスもあります。

4 その他、制度によらないサービスや支援を行っている機関や、地域・企業などの協
5 力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害者が地域で安心して、その人ら
6 しく暮らせるよう、行政や関係機関が連携して、地域生活や社会生活を支えます。

7 なお、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の「医療」部分を詳細に説明
8 したものが、後述する②の「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」になりま
9 す。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム



1 (ウ) 施策の具体的展開

2 [相談支援窓口の周知と機能の充実]

- 3 ○ 県民への精神疾患に関する正しい知識の普及に取り組むため、精神保健福祉セン
4 ター、健康福祉センター（保健所）では、メンタルヘルスの保持・増進について、
5 継続して普及啓発を行います。また、精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と
6 医療機関、相談支援機関等との連携を推進します。さらに、相談窓口の一層の周知
7 を図ります。また、市町村における相談支援機能の充実を図るために、相談支援に
8 携わる専門職員に対する研修の拡充を図るとともに、市町村職員とともに相談やア
9 ウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

10
11 [発症から精神科受診までの時間の短縮化]

- 12 ○ 日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医や
13 かかりつけ薬剤師・薬局が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、
14 精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります。本人の様子の変化や精
15 神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター（保
16 健所）等の保健サービス機関の案内ができる連携体制を整備します。

17
18 [早期退院への支援]

- 19 ○ 入院患者の地域生活への移行を促進するため、精神科病院と市町村や地域移行支
20 援事業所などの連携の強化を推進します。また、各障害保健福祉圏域において、精
21 神障害者地域移行協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組
22 みや地域移行への理解、地域移行を進める上での課題等について協議し、緊密な連
23 携体制の構築を図ります。
- 24 ○ 病院職員による退院に向けた取り組みを推進するため、長期入院していた患者が
25 実際に地域で生活している様子などについての研修等を行い、地域移行に関する具
26 体的なイメージと関心を持ってもらうようにします。また、市町村や地域の支援機
27 関に対して、精神障害者の特性を理解した地域生活支援ができる人材育成研修を行
28 います。
- 29 ○ 地域移行に向けた独自の取組、地域との連携、退院に向けた会議への関係者の参
30 加や退院後の訪問等を行うなど、精神障害者地域移行支援に積極的に取り組む精神
31 科病院を「地域移行・定着協力病院」として認定するとともに、認定病院の増加に
32 向けて取り組みます。
- 33 ○ 居住地から離れた精神科病院に入院している患者を住み慣れた地域に帰すため、
34 入院先精神科病院、入院先の地域の支援機関、退院先の地域の精神科病院、市町村、
35 支援機関の連携体制を整備します。

36
37 [地域生活の継続のための支援]

- 38 ○ 地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害者向けの公共賃貸住宅の供給
39 の推進や、障害者に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組みを進めます。
40 民間賃貸住宅への入居に関しては、不動産業者等に対して障害に対する理解を求め、

- 1 必要な際に連絡・対応を行いながら信頼関係を築くなどして社会資源の拡充に努め
2 ます。共同生活住居については、グループホームの整備やグループホーム支援ワー
3 カーを配置し、円滑な入所ができるよう、引き続き取り組みます。併せて、地域に
4 おける相談支援関係機関等によるネットワークづくりの促進、当事者会や家族会の
5 活動への支援、ピアサポーター*の養成や活用などに取り組みます。
- 6 ○ 障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、個別
7 支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害者が地域で安定
8 した生活を送れるよう支援する地域の機関の連携を強化していき、圏域における地
9 域包括ケアシステムの構築を目指します。
- 10

1 ② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

2 (ア) 施策の現状・課題

3 精神障害者の社会参加及び自立を促進し、精神障害者が社会貢献できるよう、精神
4 障害者の障害特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保す
5 ることが必要です。

6 これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための
7 精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、依存症などの多
8 様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担や連携体制の構築が必要です。

9
10 〔統合失調症〕

11 統合失調症は、実際にはないものが感覚として感じられる幻覚（誰もいないのに人
12 の声が聞こえてくる幻聴など）や、明らかに誤ったことを信じてしまい訂正不能な妄
13 想が代表的な症状です。およそ100人に1人がかかる身近な病気ですが、自分では
14 病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

15 平成26年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、7,038人であり、精
16 神科の全入院患者の約65%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院してい
17 る人の平均在院日数は270日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では489日と
18 長くなっています。入院の長期化や入院患者が高齢になると、地域生活への移行や社
19 会活動への参加等の支援に時間を要することから、入院の長期化を防ぐことが課題で
20 す。

21
22 〔気分（感情）障害〕

23 うつは、内因性の要因やストレスなどの環境要因から憂うつで無気力な状態が長く
24 続く病気です。双極性障害（躁うつ病）は、気分が異常かつ持続的に高揚し、ほとん
25 ど眠らずに動き回ったりしゃべり続けるなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気
26 です。躁・うついずれの症状に対しても薬物療法が有効なため、早期に受診して治療
27 を継続することと、社会復帰のためのプログラムや支援が必要です。

28 気分（感情）障害の早期発見と早期受診のためには、メンタルヘルスに関する啓発
29 などが必要です。

30
31 〔依存症〕

32 依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症など、様々な依存症
33 があります。適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、病気に対
34 する本人の否認が強いため、なかなか治療に結びつかない傾向にあります。

35 依存症の相談や治療を専門的に行っている医療機関は少ないため、依存症に関する
36 相談・支援に対応できる機関を明確にするとともに、周知していくことが必要です。

37
38 〔高次脳機能障害〕

39 高次脳機能障害は、病気や事故などの後遺症により、注意障害や記憶障害が生じ、

1 これまでできていた日常生活上のことができない、感情の抑制が効かないなど、生活
2 や社会参加に支障が生じますが、外見ではわかりにくいいため、周囲の人からは理解さ
3 れにくい障害です。

4 高次脳機能障害及びその関連障害に関する支援については、3か所の支援拠点機関
5 を設置し、専門的な相談支援、機能回復等のための訓練、関係機関とのネットワーク
6 の充実などを行っていますが、高次脳機能障害の診断・治療を行える医療機関は少な
7 いため、高次脳機能障害者が身近な地域で必要な治療や支援を受けられるようにする
8 ことが必要です。

9

10 **〔摂食障害〕**

11 摂食障害は、拒食や過食の極端な食行動の異常と、体重に関する過度のこだわりを
12 持つ病気で、若い女性に多い病気です。身体合併症やうつ病などの精神疾患を併発し
13 やすく、致死率も高い疾患です。しかし、患者自身や周囲の者が病気と捉えていなか
14 ったり、患者が受診の必要性を感じず、重症化してからようやく受診に至ることがあ
15 ります。また、身体・精神の両面から専門的な対応ができる医師や医療機関が少ない
16 のが現状です。

17 摂食障害に関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワーク
18 を構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

19

20 **〔児童・思春期精神疾患〕**

21 児童・思春期は、身体的・心理的成長過程にある不安定な時期です。特に思春期は、
22 統合失調症やうつ病、様々な神経症性障害の好発年齢であり、専門的な判断が重要に
23 なりますが、児童・思春期精神疾患に専門的に対応している医療機関は限られていま
24 す。

25

26 **〔発達障害*〕**

27 発達障害は、自閉症、アスペルガー症候群、多動性障害（ADHD）*、学習障害、
28 チック障害などがあります。生まれつき脳の一部の機能に障害があるために 興味や
29 行動の偏り（こだわり）やコミュニケーションの障害、不注意など、それぞれの症状
30 が現れます。

31 県では、発達障害者支援センターを2カ所設置して相談等に応じるとともに、平成
32 29年には、発達障害の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体
33 制整備等について検討する発達障害者支援地域協議会を設置しています。

34 増加している相談に対して、支援を行う人材や機関はまだ不足している状態
35 あり、発達障害に関する知識を有する人材の養成と確保等が必要です。また、学習の
36 遅れや行動の異常などから発達障害が疑われる児童などに対して、早期に適切な治療
37 や支援につなげるため、教育機関と医療機関、相談支援機関との連携が必要です。

38

39 **〔てんかん〕**

40 てんかんは、意識障害やけいれんなどのてんかん発作を繰り返して起こす病気です。

1 原因や症状は様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発症する可能性があります。
2 す。

3 てんかんは、多くの場合、薬の服用などによって発作を抑えることが可能なため、
4 治療を継続することで生活上の支障を除くことができますが、一部発作が抑えられな
5 いなどの難治性の患者がいます。

6 てんかんに関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワーク
7 を構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

8

9 **〔精神科救急〕**

10 県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、
11 「千葉県精神科救急医療システム*」を実施・運営しており、基幹病院を設置するとと
12 もに、輪番体制で空床を確保しています。精神科救急情報センターでは、夜間・休日
13 における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院へ
14 の受診調整を行っています。

15

16 **〔身体合併症〕**

17 身体と精神の両疾患を有して入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科の
18 どちらで入院を受け入れるかで入院先がなかなか決まらない場合が少なくありませ
19 ん。精神疾患と身体疾患を併発する患者に対応できる総合病院精神科の重要性は増
20 していることから、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院を登
21 録しています。

22

23 **〔自殺対策〕**

24 全国の自殺者数は、平成10年から3万人超えで推移してきましたが、平成24年
25 に3万人を下回り、平成28年には2万1,897人となりました。本県でも
26 1,300人前後を推移していたものが平成28年には1,038人と減少したもの
27 の、依然として高い水準にあります。

28 自殺対策は、千葉県自殺対策推進計画に基づき、保健・教育・労働など総合的に取
29 り組む必要があります。

30

31 **〔災害精神医療〕**

32 災害時精神医療は、東日本大震災以降、発災直後から被災地に入って精神科医療活
33 動を行う災害派遣精神医療チーム（以下「DPAT」という。）の体制整備が進めら
34 れ、本県では、DPAT研修を27年度から開催しています。

35 今後、当県が被災する場合や派遣が長期に渡ることを想定し、DPATを増やすと
36 ともに、他の医療救護チームと共に活動できるよう、スキルアップしていく必要があ
37 ります。

1 (イ) 循環型地域医療連携システムの構築

2 精神疾患の循環型地域医療連携システム*(多様な精神疾患等に対応できる医療連携
3 システム)は、県民が身近な地域で、質の高い精神科医療を受けることができるよう、
4 かかりつけ医*、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科、一般の医療機関、障害
5 福祉サービス事業所、相談支援事業所などによる連携により構築します。また、市町
6 村や健康福祉センター（保健所）、精神保健福祉センター、学校保健、産業保健など
7 による、精神保健相談の窓口の周知や精神保健福祉に関する知識の普及などの予防対策
8 も含まれます。

9 内科等のかかりつけ医は、日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療
10 の他に健康管理上のアドバイスなども行うことから、精神疾患を早期に発見し、精神
11 科医の紹介や、初期治療などを行います。精神科のかかりつけ医は、患者の病状に応
12 じて適切な治療を行います。

13 精神科救急医療体制においては、休日及び夜間を含めて、精神症状の急変などによ
14 り、早急に適切な医療を必要とする患者等の相談に応じ、適切な医療サービスを提供
15 します。なお、精神科救急医療機関は、全て全県（複数圏域）対応型連携拠点病院と
16 位置付けています。

17 精神科病院等は、精神疾患の状態に応じて、薬物療法を中心として、精神療法、作
18 業療法、精神科デイ・ケアなどのリハビリテーションプログラム・家族教育などを適
19 宜行い、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供します。

20 社会復帰に向けては、訪問看護ステーションや訪問薬剤管理指導対応薬局*、精神科
21 医、看護師、作業療法士*、精神保健福祉士等といった多職種チームによるアウトリ
22 ーチ（訪問支援）*の提供により、地域生活や社会生活を支えます。

23 また、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等は、精神科医療機関などとの連
24 携により、精神障害者の地域生活持続のための支援や復職・就労支援を行います。

25 精神科を有する総合病院や、一般の医療機関の内科医等と精神科病院や精神科診療
26 所の精神科医師が連携を図ることにより、生活習慣病などの身体疾患を合併している
27 精神疾患患者についての治療を行います。

28 救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチーム*によ
29 り、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

30 地域精神科医療機関（病院・診療所）は、精神科のかかりつけ医として、患者の病
31 状に応じて適切な治療を行うとともに、患者の地域生活を支えるため地域の機関と連
32 携を図ります。

33 地域連携拠点医療機関は、かかりつけ医の役割に加えて、精神症状悪化時等の緊急
34 時の対応体制や連絡体制を確保します。

35 また、二次保健医療圏内の病院・診療所間等の連携を推進し、情報収集発信や人
36 材育成に取組み、地域の拠点としての機能を果たします。さらに、地域精神科医療機
37 関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

38 都道府県連携拠点医療機関は、県内の病院間等の連携を推進し、情報収集発信や人
39 材育成を行うとともに、地域連携拠点医療機関の支援を行い県の拠点としての機能を

1 果たします。さらに、地域連携拠点医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神
2 疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

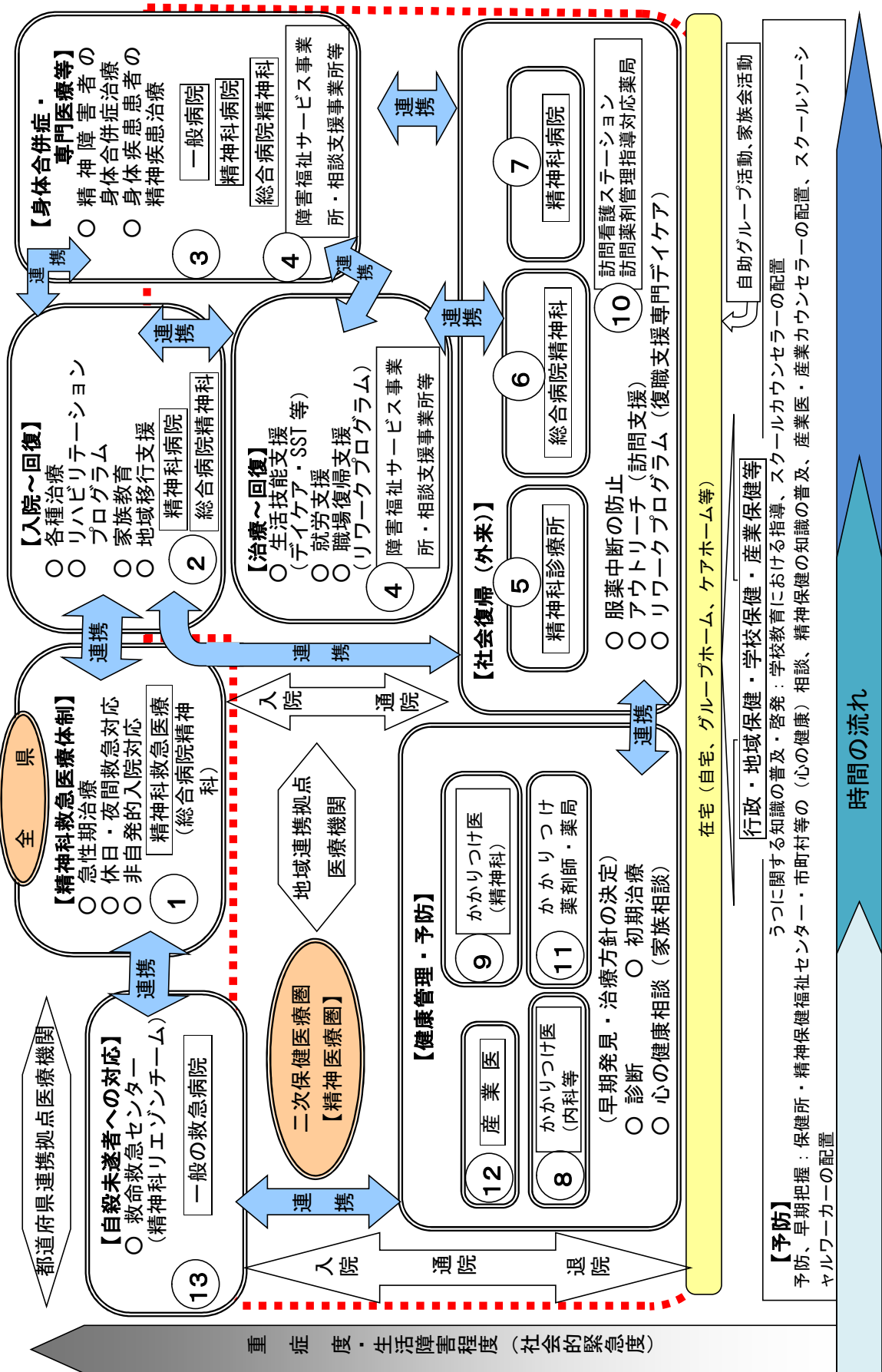
3 保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実
4 施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

5 精神保健福祉センターは、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携を円
6 滑に実施するため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指
7 導や技術援助を行います。

8 県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、地域連
9 携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めます。また、圏域ごとの
10 医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

11

循環型地域医療連携システムのイメージ図（多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制）



1 (ウ) 施策の具体的展開

- 2 ○ 統合失調症、気分（感情）障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの
3 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にした上で、精神医療圏内の
4 医療連携による支援体制の構築を目指します。
5 ○ 精神医療圏は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進す
6 るための単位として設定するもので、二次医療圏に一致するように設定します。

7
8 [統合失調症]

- 9 ○ 難治性統合失調症を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロ
10 ザピン*など）等の専門的治療により地域生活へ移行する患者が増えていることか
11 ら、精神科病院と血液内科・麻酔化等を有する医療機関とのネットワークを構築し、
12 治療抵抗性統合失調症治療薬の使用の普及を進めます。それにより、長期入院患者
13 の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

14
15 [気分（感情）障害]

- 16 ○ 本人や周囲の者がうつ症状に早い段階で気づくことができるよう、メンタルヘル
17 スに関する知識の普及啓発を行います。また、気軽に相談できる窓口についても併
18 せて周知します。普及啓発は、広く県民に対して、パンフレット等の配布や講演会
19 を開催します。また、学校や職場などに対しても同様に啓発を行い、教育・労働関
20 係機関とも連携して、不適応やいじめなどによる孤立化防止やワークライフ balan
21 スの改善などに取り組みます。
22 ○ うつ病等からの回復のためには、認知行動療法*やリワーク・プログラム（復職支
23 援専門デイケア）*の実施などにより対応できる医療機関を明確にします。うつ病等
24 による休職者に対しては、円滑な職場復帰等が行われるよう、精神科等のかかりつ
25 け医と産業医*等の産業保健スタッフとの連携の強化に取り組んでいきます。

26
27 [依存症]

- 28 ○ 依存症については、精神保健福祉センターにおいて、薬物依存症に関する治療・
29 回復プログラム、ギャンブル依存症に関する専門相談を継続して行います。また、
30 依存症者に対する支援を行う人材を養成するために、市町村や相談機関等の職員を
31 対象とした研修を実施します。そのほか、家族向けの講演会等を開催する等依存症
32 対策を推進していきます。

33
34 [高次脳機能障害]

- 35 ○ 高次脳機能障害及びその関連障害に対しては、3カ所の支援拠点機関を中心に、
36 高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につな
37 がるよう努めるとともに、地域におけるネットワークの拡大・強化に取り組んで行き
38 ます。

39

1 **〔摂食障害〕**

- 2 ○ 摂食障害については、摂食障害治療支援センターにおいて、専門的な相談支援、
3 適切な治療、他の医療機関の医師等への指導助言・研修を行い、身近な地域の医療
4 機関で摂食障害治療を受けられる体制づくりを目指します。また、教育機関と連携
5 し、摂食障害の予防や早期発見・早期受診につながるよう努めます。

6
7 **〔児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかん〕**

- 8 ○ 児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかんといった専門的な治療を行える医療
9 機関が少ない疾患については、専門的に治療を行っている機関を中心とした広域的
10 な医療ネットワークをつくり、専門的機関から助言・指導等を得ることによって、
11 身近な地域の医療機関で治療を受けられる体制づくりを目指します。

12
13 **〔精神科救急〕**

- 14 ○ 精神科救急医療については、病院の協力を得て、精神科救急基幹病院や精神科救
15 急輪番病院の拡大などにより緊急時に対応できる空床を増やすよう努め、夜間休日
16 に身近な地域で必要な医療を受けられるよう努めます。

17
18 **〔身体合併症〕**

- 19 ○ 身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病
20 院運営要領」に基づき、引き続き協力病院の増加に努めるとともに、身体疾患に対
21 応できる病院との連携を進めます。
- 22 ○ 千葉県精神科医療センターと千葉県救急医療センターを統合して（仮称）千葉県
23 総合救急災害医療センターを整備し、身体・精神科合併救急患者への対応を強化し
24 ます。

25
26 **〔自殺対策〕**

- 27 ○ 自殺対策については、自殺対策強化月間などにおいて県民の自殺に関する理解を
28 促進するとともに、相談支援機能を強化し、相談窓口の一層の周知を図ります。ま
29 た、自殺の危険性の高い人やうつ状態にある人の早期発見、早期対応を図るため、
30 自殺の危険やうつ症状を示すサインに気付き、適切に対応することができる「ゲー
31 トキーパー*」の役割を担う人材の養成を行います。
- 32 ○ 自殺未遂者について、救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神
33 科リエゾンチームによる診療や精神科医療機関との連携体制を整備します。
- 34 ○ 自死遺族に対しては、各種支援情報の提供を推進するとともに、自死遺族の心理
35 的影響を和らげるための活動を行う団体を支援するなど、遺族支援に取り組みます。
- 36 ○ 自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働・警察・民間団体等の様々な分野の
37 機関や団体による総合的な推進が必要であることから、連携して自殺対策に取り組
38 みます。

1 **〔災害精神医療〕**

- 2 ○ 災害時の精神医療については、D P A Tの複数チームの派遣または中長期の活動
3 が可能となる体制を整備するため、D P A T養成研修を継続的に開催し、チーム数
4 を増やします。また、構成員の資質向上のためフォローアップ研修や、災害時に迅
5 速かつ適切な支援活動が行えるよう、消防や他の医療チームとの合同訓練に参加し
6 ます。
- 7 ○ 新たに整備する（仮称）千葉県総合救急災害医療センターでは、D M A T、D P
8 A Tを同一病院内で運用できる機能を生かして身体・精神両面にわたる包括的な災
9 害医療を提供します。
- 10 ○ 精神科病院に対しては、災害時に備えた体制等を検討・整備するよう指導してい
11 きます。
- 12
- 13 ○ 上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関
14 の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応で
15 きる医療連携体制の構築を図ります。

16
17 **（エ）施策の評価指標**

18 **〔基盤（ストラクチャー）〕**

指 標 名	現 状	目 標
精神科救急基幹病院数※1	1 2 病院 (平成29年7月)	1 2 病院 (平成32年度) 1 4 病院 (平成36年度)
精神科救急身体合併症に対応できる施設数※2	5 病院 (平成29年7月)	5 病院 (平成32年度) 6 病院 (平成36年度)
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	1 3 箇所 (平成28年度)	1 4 箇所 (平成35年度)
治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	7 病院 (平成26年度)	1 3 病院 (平成32年度) 1 8 病院 (平成36年度)

19 ※1 精神科救急入院料算定認可医療施設数として、精神科医療センターを含む

20 ※2 身体疾患合併症対応協力病院運営要領に基づき登録した医療機関数

1

指 標 名	現 状	目 標
精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数（認知症を除く）	139 （平成29年6月）	143 （平成32年度） 147 （平成36年度）
グループホーム等の定員（グループホーム、生活ホーム、ふれあいホームの定員）	調査中	検討中 （平成32年度）

2

3

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	8人 （平成27年度）	30人 （平成32年度） 50人 （平成36年度）
地域移行・定着協力病院数	11病院 （平成29年7月）	26病院 （平成32年度）
統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.24% （平成26年度）	0.98% （平成32年度） 1.5% （平成36年度）
精神疾患の訪問看護利用者数（認知症を除く）	調査中	3,437人 （平成32年度） 3,498人 （平成36年度）

4

5

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数（精神病床）	325.1日 （平成27年度）	298日 （平成32年度） 274日 （平成36年度）

指 標 名	現 状	目 標
在院期間5年以上、かつ65歳以上退院者数	1月あたりの退院者数 20人 (平成28年度)	33人 (平成32年度) 49人 (平成36年度)
精神病床における急性期(3ヵ月未満)入院需要(患者数)	1,783人 (平成26年度)	1,823人 (平成32年度) 1,821人 (平成36年度)
精神病床における回復期(3ヵ月以上1年未満)入院需要(患者数)	1,423人 (平成26年度)	1,507人 (平成32年度) 1,555人 (平成36年度)
精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	6,329人 (平成26年度)	5,510人 (平成32年度) 4,017人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者(65歳以上患者数)	3,282人 (平成26年度)	3,058人 (平成32年度) 2,227人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満患者数)	3,046人 (平成26年度)	2,452人 (平成32年度) 1,790人 (平成36年度)
精神病床における入院需要(患者数)	9,535人 (平成26年度)	8,840人 (平成32年度) 7,393人 (平成36年度)

1
2
3

指 標 名	現 状	目 標
地域移行に伴う基盤整備量 (利用者数)	-	1, 104人 (平成32年度) 2, 760人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳以上利用者数)	-	627人 (平成32年度) 1, 521人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳未満利用者数)	-	477人 (平成32年度) 1, 239人 (平成36年度)
精神病床における入院後3か月 時点の退院率	69% (平成26年度)	72% (平成32年度)
精神病床における入院後6か月 時点の退院率	85% (平成26年度)	88% (平成32年度)
精神病床における入院後1年時 点の退院率	90% (平成26年度)	93% (平成32年度)
自殺死亡率 (人口10万当たり)	16.7人 (平成28年)	13.0人 (平成38年度)

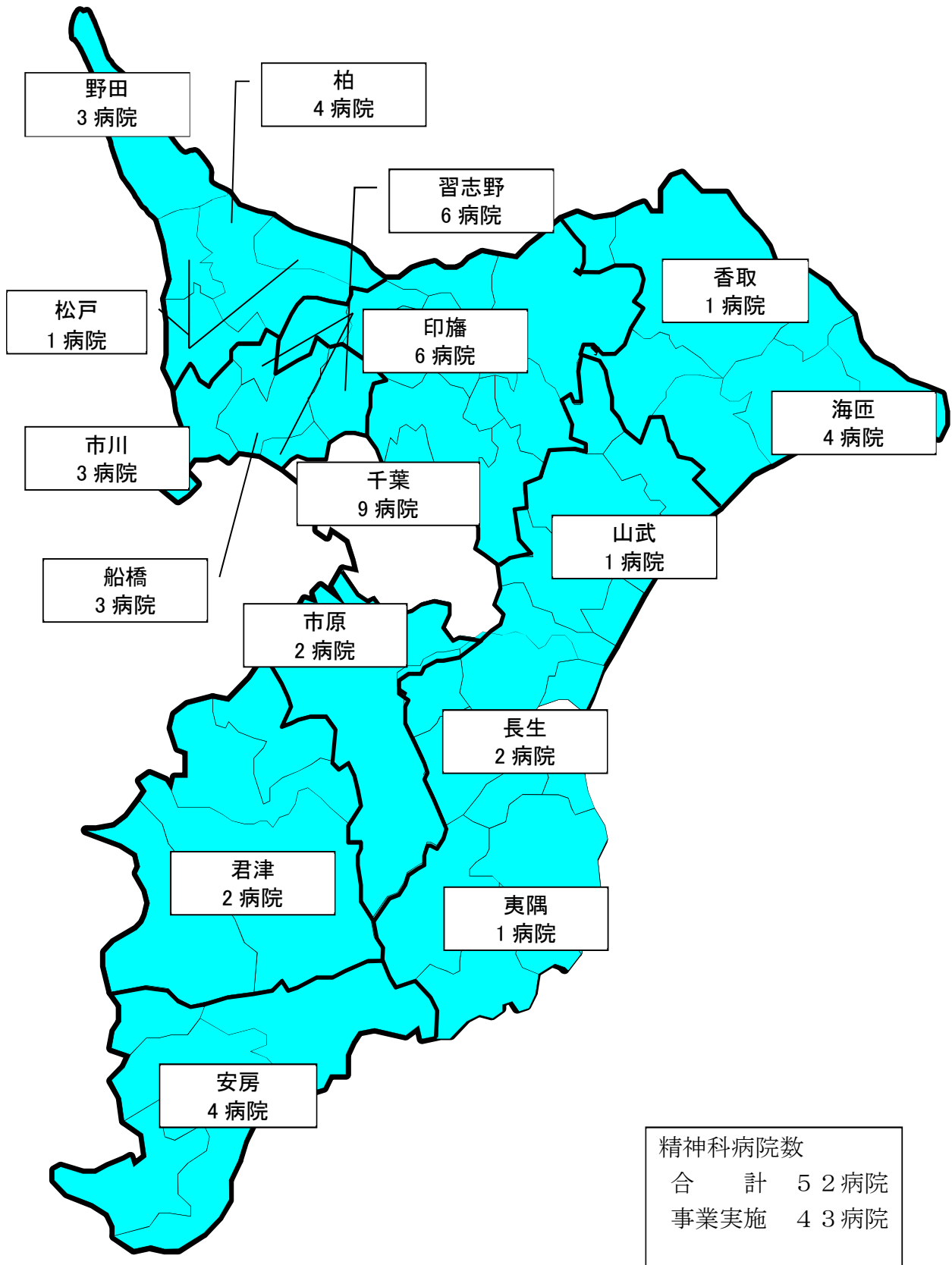
1
2

図表 2-1-1-2-5-1-4 千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設



1
2

図表 2-1-1-2-5-1-5 精神障害者地域移行支援事業実施状況



※平成29年4月現在